

# СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В СТРУКТУРЕ БЕСПЛОДИЯ В ПОЛЕССКОМ РЕГИОНЕ

**М.В. Ковалевская<sup>1</sup>, О.С. Ружило<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>УЗ «Пинская центральная поликлиника»

<sup>2</sup>Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь

**Введение.** Бесплодие есть неспособность зрелого организма к зачатию и является серьезной проблемой репродуктологии, при которой имеется сочетание социального, психического и физического нездоровья в семье. Под бесплодным браком понимают отсутствие беременности у супругов детородного возраста в течение 12 месяцев при регулярной половой жизни. Частота бесплодных браков среди супружеских пар репродуктивного возраста достигает 15% [1,2].

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — наиболее частая эндокринная патология, встречающаяся у 8-10% женщин репродуктивного возраста, у 73% женщин с ановуляторным бесплодием и у 85% женщин с гирсутизмом [3]. В настоящее время СПКЯ рассматривается как гетерогенная патология, характеризующаяся ожирением, хронической ановуляцией, гиперандрогенией, нарушением гонадотропной функции, инсулинорезистентностью, увеличением размеров яичников и особенностями их морфологической структуры [4]. Заболевание имеет высокое социальное значение, приводя к нарушениям репродуктивной функции - первичному бесплодию, что снижает качество жизни женщин и ведет к более частому развитию депрессии у молодых пациенток [5]. Целью исследования явилось определение частоты СПКЯ в структуре женского бесплодия в Полесском регионе и клинических особенностей СПКЯ.

**Методы.** Нами проведен ретроспективный анализ медицинских карт женщин, наблюдавшихся в кабинете по лечению бесплодия, невынашивания и эндокринной патологии в акушерско-гинекологическом отделении № 1 филиала «Женская консультация» г. Пинска в 2008-2010 гг.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В обозначенный период времени 2008-2010 гг. в кабинете по лечению бесплодия, невынашивания и эндокринной патологии взято на диспансерный учет 305 супружеских пар. На момент первого обращения 78% семейных пар имели стаж бесплодия до 2 лет, 17% от 2 до 5 лет, 5% более 5 лет. Первичное бесплодие выявлено в 67% случаев, вторичное – в 33%. Комплексное клинико-лабораторное обследование супругов позволило выявить причины бесплодия в семье:

- Эндокринное бесплодие – 108 (35,4%)
- Трубно-перитонеальный фактор – 142 (46,6%)
- Маточный фактор – 23 (7,5%)
- Шеечный фактор – 39 (12,8%)
- Иммунологический фактор – 1 (0,3%)
- Мужское бесплодие – 88 (28,8%)
- Неустановленный фактор – 19 (6,2%)

Один фактор бесплодия определен у 68,6% больных, сочетание нескольких факторов имело место в 31,4% случаев.

В группе женщин с эндокринным бесплодием диагноз СПКЯ был выставлен 64 женщинам (59,2%). Средний возраст пациенток составил 26,5 лет, стаж бесплодия – до 2 лет у 85,9%, от 2 до 5 лет – 14,1%. Первичное бесплодие имело место в 93,8% случаев, что и послужило причиной обращения к акушер-гинекологу. Диагноз СПКЯ впервые был выставлен 58 женщинам. СПКЯ неоднородная патология с множеством клинических проявлений, но согласно критериям Всемирного консенсуса в Нидерландах (2003) под руководством Европейского Общества Репродукции Человека и Эмбриологии и Американского Общества Репродуктивной Медицины наличие хотя бы двух из трех утвержденных критериев позволяет после исключения иных состояний верифицировать диагноз СПКЯ:

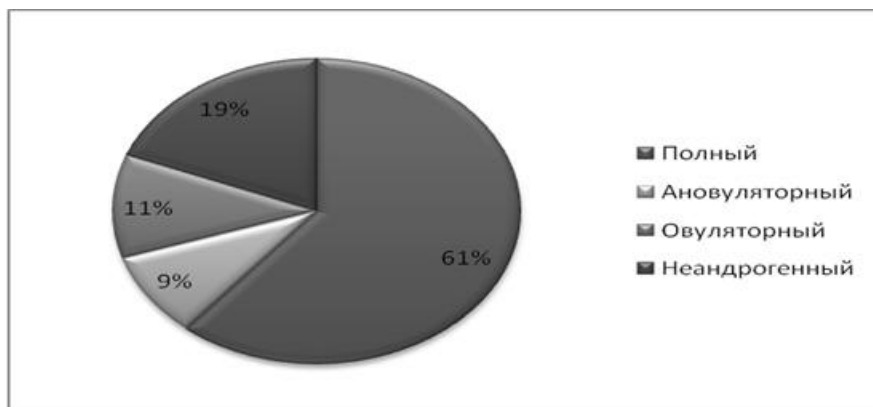
1. хроническая олиго- и ановуляция,
2. клинические и/или биохимические признаки гиперандрогении
3. поликистозные яичники при ультразвуковом (УЗ) исследовании.

Овуляторной дисфункции выявлена у 57 женщин (89%) на основании измерения базальной температуры и УЗ-контроля фолликулогенеза, при чем 36 женщин отмечали нерегулярные менструации с задержками от 1 до 3 мес. Нарушения менструальной функции большинство женщин (69,4%) имели с момента менархе.

Клинически гиперандрогения проявляется андрогензависимой дерматопатией: гирсутизм, акне, жирная себорея, алопеция и коррелирует с уровнем андрогенов в крови [4]. Оценка гирсутизма по шкале Ферримана-Галвея произведена всем женщинам с бесплодием. У женщин с эндокринным бесплодием гирсутное число выше 7 (пограничное оволосение) отмечено в 80% случаев, а выше 12 (гирсутизм) – в 45% случаев. В группе женщин с СПКЯ гирсутное число выше 7 отмечено у 61 женщины (95,3%), а выше 12 – у 52 пациенток (82,2%). У 47 (90%) женщин с гирсутизмом отмечено акне различной степени тяжести и жирная себорея, у 3 пациенток отмечалась алопеция. При УЗ исследовании органов малого таза, выполняемом на 3-5 день менструального цикла, оценивался объем яичников и их структура. У 58 женщин с СПКЯ выявлен поликистоз яичников.

Анализ клинических проявлений позволяет выделить 3 клинических варианта СПКЯ:

1. Полный (ановуляция, гиперандрогения и УЗ-признаки поликистоза яичников) – 39 пациенток.
2. Ановуляторный вариант (ановуляция, гиперандрогения) – 6 пациенток.
3. Овуляторный вариант (гиперандрогения и УЗ-признаки поликистоза яичников) – 7 пациенток.
4. Неандрогенный (безгирсутный) вариант (ановуляция и УЗ-признаки поликистоза яичников) – 12 пациенток.



**Рисунок – Встречаемость различных вариантов СПКЯ**

По нашему мнению, такой выраженный клинический полиморфизм СПКЯ вполне объясним. Он отражает не столько реальное многообразие и частоту нетипичных (неполных, стертых) “портретов” патологии, сколько его клиническую эволюцию (стадийность) у пациенток разного возраста, с различной генетической предрасположенностью и фенотипической индивидуальностью.

**Выводы.** Анализ структуры бесплодия в Полесском регионе позволил выделить наиболее значимые факторы женского бесплодия – эндокринный и трубно-перитонеальный. СПКЯ выступает как наиболее частая причина эндокринного бесплодия. Бесплодие при СПКЯ в 93,8% случаев носит первичный характер. Многообразие клинических проявлений СПКЯ затрудняет диагностику заболевания и требует исключения иных эндокринопатий. Выделение 4 клинических вариантов СПКЯ на этапе постановки диагноза позволяет чаще применять современные терапевтические технологии: причем не только на этапе лечения бесплодия, но и для профилактики СПКЯ в подростковом и молодом возрасте.

#### Литература:

1. Колгушкина, Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии / Т.Н. Колгушкина. – Минск: «Высшая школа», 2000. – 332 с.
2. Малевич, К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях / К.И. Малевич, П.С. Русакевич. – Минск: «Высшая школа», 1994. – 368 с.
3. Сметник, В.П. Тумилович, Л.Г. Неоперативная гинекология / В.П.Сметник, Л.Г. Тумилович. – М.: Медицинское информационное агентство, 1999. – 592с.
4. Kovacs, G.T. Norman, R. Polycystic ovary syndrome / G.T.Kovacs, R. Norman. – Cambridge University Press, 2007. – 362p.
5. Androgen Excess Disorders in Women / R.Azziz et al. – Totowa, New Jersey: Humana Press 2006. – 482p.